
COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64053997
RD621 P58 1891
Uber einen Fall von
RECAP

Über einen Fall von Hernia obturatoria.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 14. Februar 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Pichert

prakt. Arzt

aus Kulmsee (Westpreussen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. G. Belde, prakt. Arzt.
- Dd. med. Th. Hohl, prakt. Arzt.
- Cand. arch. O. Jahn.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In der Litteratur finden sich nicht bestimmte Angaben darüber, von wem eine Hernia obturatoria oder Hernia foraminis ovalis zuerst beobachtet worden ist.

Nach Günz soll es Lemaire de Strassbourg gewesen sein, welcher im Jahre 1718 als erster diese seltene Bruchart beobachtet haben soll. Garengeot nennt uns Arnaud de Ronsil. Hoenel dagegen giebt an, dass Cassebohm, Professor der Anatomie zu Berlin, der erste gewesen sei, welcher eine Hernia obturatoria angetroffen habe.

Die erste wissenschaftliche Abhandlung über Hernia obturatoria hat Duverney im Jahre 1824 verfasst und zwar im Anschluss an einen von Arnaud im Jahre 1822 an einer Leiche beobachteten Fall von doppeltseitiger Hernia obturatoria. Besagte Abhandlung sandte er der Akademie der Wissenschaften zu Paris zu.

In der Zwischenzeit wird über eine beträchtliche Anzahl von Fällen berichtet. So im Jahre 1733 von Le Croissant de Garengeot; 1743 von Arnaud de Boein, Duverney, Arnaud le fils, Garé, Malaval; 1744 von Günz; 1746 von Vogel (2 Fälle); 1750 von Heister; 1760 von Camper; 1765 von Klinkosch (Doppelthernie); 1769 von Eschenbach (2 Fälle); 1773 von Heuermann; 1788 von Richter; 1804 von Lentin; 1807 von Astley Cooper; 1808 von Richeraud; 1809 von Lassus; 1810 von Lawrence; 1812 von Cloquet und Hesselbach; 1816 von Cloquet (Leichenbefund); 1819 von Buhle (Halle) und Dupuytren, welcher besondere Bänder empfiehlt und von Breschet; 1822 von Royer; 1823 von Dadermann; 1826 von Samuel Cooper und von Nückel; 1828 von Maréchal; 1830 von Smith; 1832 von Cruveilhier und von Rust; 1839 von Demeaux, von Velpeau und von

Cruveilhier; 1840 von Rouvier und von Wetherfield; 1842 von Frantz von King und von Rayer; 1844 von Manec, von Rayer und von Vinson, welcher eine grössere Arbeit über Hernia obturatoria veröffentlichte; 1845 von Roeser; 1847 von Hewett; 1848 von Hilton und Romberg; 1851 von Chassaignac (Leichenbefund bei einer unter Cholerasymptomen gestorbenen Frau); ferner im Jahre 1851 von Heyfelder, Stanley, Tatum und Obré; 1852 und 1853 von Tebay, Wilkins, Bransby, Cooper, Jahr de Furstenau, Gressent; 1854 von Loewenhardt; 1857 von Heath, Nuttal und Lorinser; 1860 von Didion; 1861 von Dr. Josse; 1862 von Werner; 1863 von Coulson; 1865 von Kessler; 1866 von Spencer, Walson, Roeser, Rotteck und M. Forget; 1868 von M. Léon Marie; 1869 von M. Lemoine; 1870 von Heilberg, Arnold, Arntz, Müller, und John Birkett; 1871 von Ed. Cruveilhier, Mathew, Brumell und Chiene; 1872 von Roberts, Erichsen und von Trélat; 1874 von Paci; 1876 von Goodhart Dussausay; 1877 von Holstein; 1878 von Zsigmondy; 1879 von Hallowes und von d'Ambrosio; 1880 von Nicaise, Pitha, Billroth und Dr. Schmidt.

Im Jahre 1882 wurde von Pimbet in Paris eine weitere These über diese Bruchart veröffentlicht.

Er stellt am Schlusse seiner Arbeit sowohl die von Vinson angeführten, als auch die bis zum Jahre 1882 von ihm selbst gesammelten Fälle zusammen.

Ferner ist in Dänemark im Jahre 1882 von Frederik Gruenfeld eine Arbeit über Hernia obturatoria erschienen, in welcher über 140 Fälle und zwar vom Jahre 1743 an, berichtet wird. Von diesen Fällen sind 17 in Dänemark und 9 vom Verfasser selbst beobachtet worden.

57 von diesen Fällen sind vor der Operation als Hernia obturatoria diagnosticiert worden, während bei 78 Fällen die Diagnose entweder erst während der Operation oder bei der Sektion gestellt werden konnte.

Der Gegenstand meiner Betrachtung soll es sein, einen Fall von Hernia obturatoria, welcher im Jahre 1889 in der Königl. Klinik des Herrn Prof. von Berg-

mann zu Berlin an der Leiche einer 57jährigen Frau vorgefunden wurde, zu beschreiben und der Sammlung der Fälle von Hernia obturatoria einige weitere hinzuzufügen, indem ich die von 1882 bis 1889 beobachteten Fälle dieser Bruchart, soweit sie mir zur Kenntnis gelangt sind, am Schlusse meiner Arbeit kurz anführe.

Ausserdem möchte ich näher auf die Darmwandbrüche eingehen, da vorliegender Fall zur Kategorie dieser Brüche gehört.

Bevor ich auf meinen Fall näher eingehe, sei mir gestattet, einiges Allgemeine über die Hernia obturatoria anzuführen. Ich werde hierbei öfter auf Pimbet[1]), welcher mit grossem Fleisse und grosser Ausführlichkeit diesen Gegenstand behandelt hat, Bezug nehmen.

Über die anatomischen Verhältnisse darf ich wohl kurz hinweggehen. Ich möchte nur bemerken, dass Pimbet durch genaue Messungen des For. obt. an 30 weiblichen und 5 männlichen Becken zu folgenden Resultaten gekommen ist. Der grösste, d. h. der von hinten und oben nach vorn und unten gehende Durchmesser des For. obt. hat eine Länge von etwa $5\frac{1}{2}$ cm, 2mal eine solche von 6 cm. Der horizontale, welcher auf dem vorigen senkrecht steht, hat eine Länge von 4 cm, zuweilen etwas geringer. Er ist gewöhnlich beim Manne kleiner als bei der Frau.

Was die Membrana obturatoria anbetrifft, so ist hierbei Folgendes zu bemerken.

Ich glaube nämlich, entgegen der Meinung von Pimbet, gestützt auf die Erfahrung aus eigenen Untersuchungen, die Anschauungsweise Roman Fischers[2]) verteidigen zu müssen, welcher behauptet, dass es eine Membrana obturatoria interna und eine Membrana obturatoria externa gäbe, welch letztere in einer Breite von einigen Linien vom Tuberculum obturatorium inferius entspringt und sich in zwei Schenkel spaltet, deren einer sich an das Tuberculum superius ansetzt, während der andere in das Kapselband des Hüftgelenks in der

---

[1]) De la hernie obturatrice. Thèse, Paris 1882.
[2]) Zeitschrift für rationelle Medizin, 1852, Heft 3.

Gegend der Incisura acetabuli übergeht. Von dieser Membran entspringt die mittlere Portion des Musculus obturatorius externus. Pimbet dagegen hält die Ansicht Vinsons aufrecht, welcher nur eine Membrana obturatoria annimmt.

Die von Fischer als selbständig angeführte Membr. obt. ext. erklärt Pimbet für ein Anhängsel der Membr. obt. und nennt sie „petit ligament antérieur du trou obturateur".

Von dem Canalis obturatorius sei erwähnt, dass er in seiner Längsachse 2 cm beträgt. Die innere Öffnung des Kanals hat die Form eines Ovals, dessen stärkerer Teil nach aussen und hinten und dessen schmälerer nach innen und vorn gelegen ist. Der horizontale Durchmesser der inneren Öffnung beträgt circa 14 mm; der perpendikuläre 9 mm, der horizontale des Orificium ext. 18 mm, der perpendikuläre 12 mm (Vinson).

Die Arteria obt. entspringt gewöhnlich aus der Art. hypogastrica, etwas seltener aus der Iliaca ext., meistens allein, seltener aus einem gemeinsamen Stamme mit der Art. epigastrica. Ganz selten entspringt sie aus der Femoralis. Je nach ihrem Ursprung nimmt sie einen verschiedenen Lauf nach dem Kanal zu, wo sie sich in 2 Endäste, einen inneren und einen äusseren teilt, von denen der mediale Ast den M. obturator. ext. und die Beckenursprünge der übrigen Adductoren, der laterale ebenfalls den M. obturator. ext., ferner die tiefe Schicht der äusseren Hüftmuskeln und durch das Lig. teres den Schenkelkopf versorgt.

Ausser dem Nervus obt., welcher aus dem Plexus lumbalis entspringt und gleichfalls durch den Canalis obt. verläuft, soll nach Cruveilhier in seltenen Fällen noch ein „accessoire du nerf obturateur" vorkommen. Er beschreibt ihn als einen „cordon nerveux", welchen er bei einigen Individuen angetroffen hat. Dieser kleine Nerv entsteht bald aus dem 3. Lumbalstamm, bald aus dem Nervus obt. selbst. Er läuft quer über den Psoas, dann an dem vorderen Rande desselben entlang und indem er parallel zum Nervus obt. und zwar oberhalb desselben verläuft, erreicht er das Schambein, welches

er nach aussen von der Eminentia ileopectinea kreuzt. Darauf dringt er unter den Musculus pectineus und anastomosiert schliesslich mit dem Nervus saphenus internus, einem Aste des Nervus cruralis. In der Höhe des Os pubis giebt er mehrere Äste ab, welche die fibröse Kapsel des Hüftgelenks durchdringen und die Synovialis versorgen.

Das Lageverhältnis der Blutgefässe und des Nerven ist gewöhnlich derart, dass der Nerv am äusseren und unteren Teile des Kanals, die Vene an der inneren Seite des Nerven und die Arterie nach innen von der Vene, also an der inneren Wand des Kanals verlaufen.

Hat sich nun durch die innere Öffnung dieses Kanales der anliegende Teil des Peritoneums hineingedrängt und so einen Bruchsack gebildet, so kann er nach Roman Fischer folgende Wege einschlagen.

Nachdem die Hernia obturatoria durch den Canalis obturatorius getreten ist und sie zunächst in den von Fett ausgefüllten Raum zwischen der Membrana obturatoria int. und der vorderen Portion des Musculus obt. ext. gelangt ist, kann sie ihren weiteren Weg nehmen

1. zwischen dem Ramus horizontalis ossis pubis und dem vorderen Rande des Musculus obt. ext., dem Laufe des Ramus adductor anterior nervi obturatorii folgend;

2. zwischen der vorderen und mittleren Portion des Musc. obt. ext., nach dem Verlaufe des Ramus adductor posterior nervi obturatorii;

3. zwischen der Membr. obt. int. und ext., dem dritten Aste des Nerv. obt. folgend, in die mit Fett gefüllte Grube zwischen der hinteren Portion des Musc. obt. ext. und der Membr. obt. int.;

4. zwischen der Membr. obt. ext. und der Incisura acetabuli.

Von diesen 4 Wegen sind die beiden zuletzt aufgeführten wegen der Enge, wegen der geringen Nachgiebigkeit der sie umgebenden Teile und wegen der vom Verlaufe des Canalis obt. ganz abweichenden Richtung sehr unwahrscheinlich. Von den beiden anderen, deren Richtung mit derjenigen des Can. obt. überein-

stimmt, hat der zweite, „zwischen der vorderen und mittleren Portion des Musc. obt. ext.“ die grössere Wahrscheinlichkeit für sich, weil die ihn begrenzenden Ränder die meiste Nachgiebigkeit besitzen. Ein auf diesem Wege hervortretender Bruch liegt „zwischen Adductor brevis, Obturat. ext. und magnus. Tritt die Hernie dagegen auf dem unter 1. aufgeführten Wege hervor, so gelangt sie zwischen Pectineus obturat. ext. und Adductor brevis hinter die Fascia subpectinea.

Indem ich nun noch erwähne, dass in vielen Fällen das Bestehen einer Hernie sich aussen überhaupt nicht bemerkbar macht, kann in anderen Fällen ein Tumor bis zur Grösse eines Taubeneies entstehen. Der Inhalt des Bruchsacks besteht in bei weitem den meisten Fällen in einer Schlinge des Dünndarms. „Günz fand einmal die Blase darin, Rust das Ovarium, Gressent Dünndarm mit dem Mesenterium, die Tube, das Ovarium und das Ligamentum latum.“ Die früheren Beobachtungen, dass hauptsächlich bei Personen weiblichen Geschlechts eine Hernia obt. angetroffen worden ist, finden wir auch in den unten anzuführenden 13 Fällen bestätigt; denn in sämtlichen Fällen handelte es sich um weibliche Patienten.

Unter den 80 von Pimbet zusammengestellten Fällen waren 65 bei Frauen, 8 bei Männern beobachtet worden. Bei den übrigen konnte das Geschlecht nicht festgestellt werden.

Auch darin findet Übereinstimmung statt, dass hier wie dort die Frauen zwischen 60 und 70 Jahren den grössten Prozentsatz der Erkrankungen liefern. Ich lasse nachstehend die von Pimbet in Bezug auf das verschiedene Lebensalter aufgestellte Übersicht folgen und habe in den entsprechenden Reihen die aus meiner Zusammenstellung sich ergebenden Zahlen in Klammern hinzugefügt.

Bei Weibern

zwischen	20—30	Jahren	3 (1)
-	30—40	-	8 (1)
-	40—50	-	7 (2)
-	50—60	-	3 (1)

zwischen	60—70	Jahren	15 (3)
-	70—80	-	13 (2)
-	80 u. mehr	-	5 (1).

Bei Männern

zwischen	17—20	Jahren	2
-	20—40	-	0
-	40—50	-	2
-	50—60	-	1
-	60—70	-	1.

Eine anatomische Disposition für die Hernia obturatoria ist nach Roeser dadurch gegeben, dass an der Stelle, wo die Gefässe aus dem For. obt. austreten, ein Punkt von der Grösse einer Erbse vorhanden sei, welcher weniger widerstandsfähig sei und auf Druck nachgebe. Roeser ist es bei Untersuchungen an Leichen mitunter gelungen, an dieser Stelle seinen Finger $^1/_2$ Zoll tief und selbst noch tiefer hineinzubohren.

Der Grund, dass bei Weibern häufiger Hernien des For. obt. angetroffen werden wie bei Männern, wird in Schwangerschaft und vorangegangenen Entbindungen gesucht, unter welchen Umständen die Regio obturatoria auseinander gezerrt und die Venen erweitert werden sollen.

Im übrigen soll bei Frauen, im allgemeinen bei solchen, die bereits geboren, allerdings in ganz besonderem Masse derjenige Teil des Peritoneums, welcher der Regio obtur. entspricht, nicht so gleichmässig ausgespannt sein, wie beim Mann, wo er durch eine Schicht dünnen Bindegewebes ziemlich fest mit der Beckenfascie verbunden ist. Bei Weibern finden sich an diesem Teile des Peritoneums öfter Falten und die Bindegewebsschicht ist lockerer, bietet daher also weniger Widerstand. Hierzu kommt noch, dass bei der Frau die Beckenneigung eine stärkere ist und dadurch bei ihr von den Därmen ein grösserer Druck auf die Regio obturatoria ausgeübt wird, als beim Manne.

Was die Häufigkeit der Brüche anbetrifft, mit der sie an der linken oder rechten Seite vorkommen, so ist man zu verschiedenen Resultaten gelangt.

Vinson zählte unter 20 Fällen 12 rechtsseitige und 8 linksseitige Brüche.

M. Nicaise unter 36 Fällen 20 auf der rechten, 16 auf der linken Seite.

Pimbet hingegen fand unter 65 Fällen 39 linksseitige und 26 rechtsseitige Hernien. Unter den 13 letzten Fällen fanden sich auf beiden Seiten gleichviel vertreten, wobei zu bemerken ist, dass es sich einmal um eine doppeltseitige Hernie handelte.

Nach Vorausschickung dieser Bemerkungen über Hernia obturatoria im allgemeinen, gehen wir auf unseren speziellen Fall über.

Die 57jährige Frau B. aus Magdeburg wurde am 8. Februar 1889 in die Königliche Klinik zu Berlin aufgenommen.

Anamnese: Mutter der Pat. soll an der Lungenschwindsucht gestorben sein; sie selbst will im wesentlichen immer gesund gewesen sein; seit einigen Jahren leide sie an starker Atemnot, aus welchem Grunde sie sich nur sitzend im Bette aufhalten könne.

Pat. hat viermal geboren, das letzte Mal vor 23 Jahren; die Kinder, welche sie selbst genährt hat, leben und sind gesund.

Im Sommer 87 habe sich Pat. beim Hinunterbiegen in einen Kinderwagen die linke Brust stark gedrückt. Bald darauf habe sie an der betreffenden Brust etwas unterhalb der Warze ein etwa erbsengrosses verschiebbares hartes Knötchen bemerkt. Auf Anordnung eines homöopathischen Arztes seien Umschläge gemacht worden; doch sei das Knötchen ständig grösser geworden und habe sich auffallend hart angefühlt. Seit Oktober 88 seien auch Schmerzen hinzugetreten.

Als nun auf ärztlichen Rat eine Operation vorgenommen werden sollte, wurde Pat. plötzlich von heftigen Unterleibskrämpfen, welche sie als Magenkrämpfe bezeichnete, befallen. Nach Behandlung mit Klystieren sollen dieselben nachgelassen haben, doch haben sie sich später in Zwischenräumen von ungefähr 5 Wochen mehreremale wiederholt.

Infolge hiervon will Pat. so schwach und elend geworden sein, dass die geplante Operation vorläufig unterbleiben musste.

Da nun aber nach Neujahr 89 sich die Brust stark rötete und die Schmerzen in derselben sehr heftig geworden waren, entschloss sich Pat. zu der Operation und liess sich deshalb in die Königliche Klinik aufnehmen.

Status: Pat. ist eine äusserst elend aussehende Frau von schwächlichem Körperbau und sehr gering entwickeltem Fettpolster.

Von den beiden schlaff herunterhängenden Brüsten ist die linke leicht gerötet und von um ein geringes grösserem Umfang wie die rechte.

An der betreffenden Brust ist unterhalb der Warze, welche weniger prominierend ist, als die der rechten Brust, eine Härte von der Grösse eines Hühnereis fühlbar, welche allmählich in die Umgebung übergeht. Die Haut über derselben lässt sich nicht in Falten abheben; auch lässt sich die Geschwulst gegen die Brustdrüse nicht verschieben. In der Axillargegend finden sich einige infiltrierte Lymphdrüsen.

Die Diagnose wird auf Carcinoma mammae sin. gestellt und die Amputation derselben wird am 13. Februar ausgeführt.

Da Pat. am Tage nach der Operation über heftige Schmerzen an der Operationswunde klagte, wurde der Verband schon am zweiten Tage gewechselt. Die Wunde sah gut aus, war vollkommen reaktionslos, und zum grossen Teile waren die Wundränder bereits geschlossen. Nach Entfernung der Entspannungsnähte wurde ein neuer Verband angelegt.

Pat. klagte jedoch weiter über Schmerzen, ohne dass hierfür ein besonderer Grund gefunden werden konnte; besonders hatte sie mehr als je unter beständiger Atemnot zu leiden.

Sonntag Abend am 17. 2. klagte Pat. plötzlich über heftige Schmerzen in der Magengegend, von denen sie behauptete, dass sie genau so wären, wie sie sie im Herbst vorigen Jahres zu öfterem gehabt habe.

Montag Nachmittag stellte sich wiederholtes Erbrechen ein. Die erbrochenen Massen bestanden aus halb verdautem Mageninhalt und hatten einen säuerlichen Geruch. Der Stuhl war normal und regelmässig. Aus diesen Symptomen schloss man auf einen Magenkatarrh und wandte eine demgemässe Therapie an. Das Erbrechen hielt jedoch an und Dienstag Vormittag starb die aufs äusserste heruntergekommene Pat. unter den Erscheinungen des Collapses. — Die am folgenden Tage vorgenommene Sektion ergab folgenden Befund:

Nachdem bei Besichtigung der Unterleibsorgane am Magen keinerlei pathologische Veränderungen hatten constatiert werden können, bemerkte man beim Herausnehmen des Darms, dass das Ileum dem Zuge nicht folgte, sondern im Abdomen zurückgehalten wurde.

Nähere Untersuchung ergab, dass eine Schlinge des Ileum im For. obt. dextr. eingeklemmt war, dass man also eine Hernia obturatoria incarcerata dextra vor sich habe. Als man nun, um den Bruchsack zu betrachten, der sich nach aussen hin nicht durch die geringste Anschwellung in der Regio obturatoria verriet, die Haut, die Fascie und darauf den Musculus pectineus und Adductor longus durchschnitten hatte, zeigte sich der Bruchsack hinter ersterem liegend und zwar zwischen Musc. obturat. ext., Adductor brevis und Adductor magnus. Der Bruchsack hatte die Grösse eines Taubeneis, war glatt und glänzend und von dunkelroter Farbe. Beim Eröffnen desselben fand sich kein Bruchwasser vor.

Das Peritoneum, welches nach und nach von den nachdrängenden Darmschlingen in den Canalis obturatorius eingestülpt worden war, war zwischen der vorderen und mittleren Portion des Musculus obtur. ext. hindurch getreten und hatte sich hier zum Bruchsacke erweitert.

In dem Bruchsacke befand sich fest eingekeilt ein etwa fingerhutgrosses Stück des Ileum. Dasselbe gehörte jedoch nur der der Insertion des Mesenterium gegenüberliegenden Darmwand an; dasselbe war dunkelrot verfärbt. Verwachsungen zwischen Darmwand und Bruchsack waren nicht vorhanden.

Die Blutgefässe verliefen, wie man es in der Mehrzahl der Fälle von Hernia obt. antrifft, an der Aussenseite des Canals und zwar unterhalb des Bruchsackhalses, der Nerv lateral, die Vene in der Mitte; die Arterie medial; ein Ästchen der Arterie verlief an der Innenseite des Sackes.

Der Befund einer Hernia obt. incarc. bei dieser Sektion war überraschend, da kaum Symptome einer incarcerierten Hernie, jedenfalls aber keine charakteristischen eine Hernia obturatoria incarcerata vermuten liessen.

Was zunächst die Symptome einer incarcerierten Hernia anbetrifft, welche bei den verschiedenen Arten von Brüchen die nämlichen sind, ist zunächst der Schmerz im Unterleibe zu nennen. Derselbe pflegt plötzlich und heftig einzusetzen und wird am stärksten an der afficierten Stelle empfunden, von wo er ausstrahlt. Pat. klagte zwar auch über Schmerzen im Unterleibe, doch bezeichnete sie dieselben so strikt als „Magenschmerzen“, dass man glaubte, ihnen keine besondere Bedeutung zuerteilen zu müssen, zumal sie schon öfter daran gelitten hatte. Meteorismus des Abdomen bestand nicht.

Ein weiteres Symptom ist Erbrechen. Auch bei unserer Pat. bestand Erbrechen und zwar wiederholtes. Das Erbrechen zeigte jedoch keinen fäkulenten Charakter, ebensowenig wie die von Zeit zu Zeit auftretenden Ructus.

Auch von Seiten des Stuhlganges lagen keine Verdachtsmomente vor, da derselbe nicht unterbrochen, und die Beschaffenheit des Stuhls eine normale war, während bei eingeklemmten Brüchen der Stuhl angehalten zu sein pflegt. Deshalb wurde auch dem Symptom des Erbrechens keine Bedeutung beigelegt.

Als weiteres Zeichen einer Einklemmung ist noch das Auftreten des schnellen Verfalls der Kräfte und auffallender Verschlechterung des Allgemeinbefindens zu bemerken. Wie aber bereits erwähnt, befand sich Pat. schon bei ihrer Aufnahme in die Klinik in stark kachektischem Zustande.

Wenn wir nun zu den speziellen Symptomen der

Hernia obturatoria kommen, so sei zunächst nochmals bemerkt, dass sich dieselbe in vorliegendem Falle äusserlich durch eine Anschwellung nicht bemerkbar machte.

Je weiter das Peritoneum und hinter ihm das Stück einer Darmschlinge durch den Canalis obt. vordringen, um so wahrscheinlicher ist es, dass sich der Bruch äusserlich durch einen Tumor kenntlich macht. Doch, selbst wenn das Peritoneum den Canal vollkommen passiert und sich ausserhalb des For. obt. zum Bruchsack erweitert hat, wird nicht immer äusserlich hierdurch eine Anschwellung bedingt. Es ist dies schon zu öfterem beobachtet worden und auch im vorliegenden Fall verhielt es sich so.

Macht sich der Bruch äusserlich bemerkbar, so liegt gewöhnlich die Bruchgeschwulst bis zur Grösse eines Taubeneis an der inneren oberen Partie des Oberschenkels, etwas unterhalb und nach innen vom Schenkelcanal, gegen den oberen inneren Winkel des Scarpaschen Dreiecks zu; es ist deshalb eine Verwechslung mit einer Hernia cruralis leicht möglich. Beim Weibe findet man die Schwellung etwas lateral von der oberen Partie der grossen Schamlippe.

Von den übrigen sich gewöhnlich findenden Symptomen, wie hartnäckige Verstopfung mit folgender Diarrhoe, Frostgefühl in der Regia obturatoria, Koliken, war bis auf letztere keins vorhanden.

Aber auch die für Hernia obturatoria incarcerata charakteristischen Symptome liessen in diesem Falle im Stich. Es ist unter denselben zunächst das Rombergsche Nervensymptom zu nennen. Nach „Grünfeld, Kopenhagen" hat Wetherfield im Jahre 1840 zuerst auf dasselbe aufmerksam gemacht. Es besteht in heftigen Schmerzen, welche von der Regio obturatoria ausgehend nach der Innenseite des betreffenden Oberschenkels, zuweilen bis zum Knie, ja bis zur grossen Zehe ausstrahlen. Dieselben werden durch den auf den Nervus obturatorius vom Bruchsack ausgeübten Druck hervorgerufen. Bei weitem in der Mehrzahl der Fälle von Hernia obt. incarc. ist dieses Symptom beobachtet wor-

den, und kann man beim Bestehen der sonstigen Symptome einer eingeklemmten Hernie, wenn dasselbe vorhanden ist, mit einiger Sicherheit auf Hernia obt. schliessen; doch ist es, wie auch in diesem Falle, nicht immer vorhanden.

Häufig irradiiert dieser Schmerz ins Kniegelenk, zuweilen ist er begleitet von Krämpfen oder Lähmung der Extremität.

Es kann möglich gewesen sein, dass Pat., welche in hohem Masse erschöpft, von ihrem ursprünglichen Leiden dermassen absorbiert worden ist, dass sie bei ruhiger Lage gegen diesen Schmerz indolent gewesen sein konnte; doch auch bei Bewegungen, wobei dieser Schmerz heftiger zu werden pflegt, z. B. beim Stuhlgang äusserte Pat. keine diesbezügliche Klagen.

Namentlich bei Rotation des Oberschenkels nach aussen pflegt der Schmerz zu exacerbieren und ist diese Manipulation event. ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel.

Als sicheres diagnostisches Zeichen für Hernia obturatoria nennt Dr. Grünberg[3]) den durch Druck auf die unter dem Musculus pectineus gelegene Bruchpforte zu erzeugenden Schmerz. Dieses diagnostische Hilfsmittel kann in diesem Falle nicht in Betracht kommen, da es, wie leicht zu verstehen, nicht in Anwendung gekommen ist.

Im übrigen ist auch dieses Mittel nicht untrüglich[4]). Dr. Pölchen hat besagten Schmerz durch Druck nicht hervorbringen können. Diese Manipulation lässt sich am besten ausführen, wenn man die Beine leicht beugen lässt, damit der Musc. pect. erschlafft und nun den Druck ausübt.

Roeser rät, den horizontalen und absteigenden Schambeinast aufzusuchen und nun in dem von beiden Ästen gebildeten Winkel die obere Partie des For. ovale zu untersuchen.

Auch per vaginam bei der Frau und bei beiden Ge-

---

[3]) Dtsch. med. Wochenschr., Zeitschr. f. Chir., Bd. 17, S. 177.
[4]) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 18 S. 203.

schlechtern per rectum lässt sich durch Druck dieser Schmerz erzeugen.

In Bezug auf die Einklemmung ist zu erwähnen, dass den plötzlich auftretenden Schmerzen nicht etwa ein äusserer Impuls oder Hustenstoss vorangegangen war, auch entstanden sie nicht zu einer Zeit, als Pat. zu Stuhl war, wo durch event. Drängen eine Einklemmung hätte verursacht werden können.

In der Litteratur findet man die verschiedensten Ursachen als Grund für die Einklemmung verzeichnet: Schlag und Stoss gegen die Regio obt., Heben von schweren Lasten, Schuhanziehen, Hustenstösse, schwerer Stuhlgang u. s. w. Von allen diesen oder ähnlichen Ursachen kann hier selbstverständlich nicht die Rede sein.

Bei vorurteilsloser Betrachtung dieses Falles wird zugegeben werden müssen, dass kein genügender Grund vorlag, eine Hernia obturatoria incarcerata zu vermuten und dass deshalb der Sektionsbefund überraschte.

Bevor wir diesen Bruch in seiner Eigenschaft als Darmwandbruch näher betrachten, sei noch weniges über die Behandlung der Hernia obt. gesagt.

Ist eine solche mit Sicherheit diagnosticiert, so wird man jedenfalls zunächst die Reposition durch Taxis versuchen müssen; doch darf man sich nicht verhehlen, dass dies kaum bei einem anderen Bruche mit so grossen Schwierigkeiten verknüpft ist, als bei der Hernia obturatoria. Denn da die Bruchpforte sehr tief liegt und der Bruch aussen nur in geringem Grade, oft auch gar nicht bemerkbar wird, mangelt es an einem genügenden Angriffspunkt. Es sind verschiedene Arten der Taxis empfohlen worden.

Garengeot empfiehlt, die Taxis bei erhöhtem Becken und Kopfe vorzunehmen, indem man den Oberschenkel beugen und abducieren lässt und nun durch Druck mit der Flachhand den Inhalt in das Becken zu drücken sucht. Roser rät, einen Gehilfen den Druck auf die Geschwulst ausüben zu lassen, während der Operateur mit der linken Hand die Bauchwand hinter den horizontalen Ast des Schambeins drückt, die rechte in den Mastdarm oder die Scheide eingeführt gegen die erste

Hand drückt und beide die Geschwulst gegen das Kreuzbein zu ziehen suchen.

Ein weiteres Unterstützungsmittel ist wiederholte Rotation oder Abduktion des Oberschenkels.

Ferner ist die Taxis in der Knieellenbogenlage versucht und empfohlen worden. Auch hat man die Kranken die Knieschulterlage einnehmen lassen, um die Gedärme durch ihre Schwere die Darmschlinge aus dem Bruchsacke ziehen lassen zu helfen.

Andere angewandte Mittel, die auch bei anderen Brucharten unter Umständen versucht werden, wie Tabaksklystiere, Beträufelung der äusseren Geschwulst mit Äther, Punktion u. s. w. übergehe ich.

Hat man die Taxis vergeblich versucht, so darf man mit einem operativen Eingriff nicht lange zaudern, da dadurch der Erfolg der Operation in Frage gezogen werden kann.

Über den Zeitraum, innerhalb welches nach erfolgter Einklemmung eine Reposition noch versucht werden darf, ist Christian Lang[5]) folgendes zu entnehmen.

Er betont, dass für die Prognose von Wichtigkeit sei, wie viel Zeit von der Einklemmung bis zur vollendeten Reposition verstreiche. Hat die Einklemmung weniger als 12 Stunden gedauert, so ist die Prognose gut und die Taxis kann ohne Gefahr mit grosser Kraft ausgeführt werden.

Hat die Einklemmung ungefähr 24 Stunden gedauert, so ist einige Gefahr für das Leben des Pat. vorhanden; die Taxis kann noch mit ziemlicher Kraft angewendet werden.

Hat die Einklemmung 36 Stunden oder länger gedauert, so ist die Prognose sehr zweifelhaft, und darf die Taxis nur mit Vorsicht angewendet werden.

Operationsarten der Hernia obturatoria giebt es verschiedene; die gebräuchlichste ist die Reposition des Bruches nach Freilegung des Bruchsackes von aussen her durch Durchtrennung der Haut, der Fascie, event. auch des Pectineus und Adductor brevis; dieselbe dürfte

---

[5]) Hospitalstidende 4 u. 5 1889.

genügend bekannt sein. Seltener wird die Operation in der Weise gemacht, dass man das Abdomen in der Linea alba öffnet und nun intraabdominell operiert, indem man die Darmschlinge in das Abdomen hineinzieht; eine Operationsart, welche bei den Fällen, wo die Diagnose zwischen einer inneren Einklemmung schwankt, zu empfehlen ist.

Die dritte Art, welche wohl noch kaum versucht ist, soll in folgender Weise ausgeführt werden.

Man führt über dem Poupartschen Bande einen Schnitt, wie zur Unterbindung der Arteria iliaca, und durchtrennt nun das Peritoneum in einer Ausdehnung, um mit einem Finger in das Abdomen eingehen zu können; sodann sucht man mit demselben durch Zug von innen die eingeklemmte Darmschlinge in die Bauchhöhle zurückzuziehen.

So einfach diese Operation auch im Vergleich zu den anderen erscheint, so wird sie dennoch nicht ausgeführt, da eine bereits eingetretene Gangränescenz, die bei eingeklemmten Hernien oft schon nach kurzer Zeit eintritt und bei dieser Operationsart nicht constatiert werden kann, eine Peritonitis hervorrufen würde.

Betrachten wir diesen Fall jetzt von der Seite, dass nur ein Stück einer Darmwand sich in dem Bruchsacke befunden habe. Wir nennen diese Bruchart „Darmwandbruch“. Da man diese Art von Brüchen lange Zeit hindurch zu den Littre'schen Hernien rechnete, soll hier kurz auf den Unterschied zwischen beiden hingewiesen werden.

Littre'sche Brüche sind solche, bei denen im Bruchsacke ein congenitales Ileumdivertikel enthalten ist. So hat Littre selbst die nach ihm benannte Bruchart aufgefasst. Später ist der Begriff der Littre'schen Hernie verallgemeinert worden und jeder Bruch, in dem sich irgend ein Darmdivertikel, sei es ein congenitales oder ein erworbenes vorfand, wurde mit diesem Namen belegt. Im Jahre 1883 hat Dr. A. Lorenz, Assistent an der chirurgischen Klinik zu Wien, eine Abhandlung über Darmwandbrüche veröffentlicht. Er unterscheidet, wie es jetzt wohl auch allgemein geschieht:

1. einen Darmanhangbruch (eigentliche Littre'sche Hernie);

2. einen Darmwand- oder Parietalbruch, d. h. den Vorfall oder die Ausbuchtung nur eines Teiles der Darmwandcircumferenz in den Bruchsack. Die Parietalbrüche sind weiter zu trennen in chronisch und akut entstandene.

Die unter 2 aufgeführte Bruchart ist lange Zeit hindurch das Objekt eines wissenschaftlichen Streites gewesen. Namentlich Roser behauptete, dass eine solche Bruchart nicht vorkomme. Roser[6]) sagt, dass uns ein Darmwandbruch vorgetäuscht würde, wo thatsächlich eine ganze Darmschlinge im Bruchsacke vorhanden sei.

Selbstverständlich könne, wenn man den Bruch von aussen im Bruchsack betrachte, nur die äussere Darmwand gesehen werden, und beim toten Präparate sei das vorliegende Darmstück durch Schwellung und Venenstauung von dem Schnürringe an so hervorgedrängt, wozu noch Verlust der Elasticität hinzukomme, dass leicht ein Darmwandbruch vorgetäuscht werden könne, zumal da die Stauung der hinteren Darmwand des weniger bedeutenden Druckes wegen so minimal sei, dass sie später leicht übersehen werden könne. Später giebt Roser allerdings eine Art von Darmwandbrüchen zu, nämlich die der „verwachsenen Darmwandbrüche", und zwar sei bei diesen Darmwandbrüchen die Verwachsung das wesentliche; ohne dieselbe sei keine Bildung der einseitigen Darmvortreibung möglich. Eine kleine Darmschlinge gerate in einen kleinen Bruchsack, ohne sich einzuklemmen. Durch Fibrinausschwitzungen komme eine Verklebung zu stande, die, wenn der Bruch nicht reponiert würde, zur Verwachsung führe. Hierdurch werde die Spitze der Darmschlinge im Bruchsacke fixiert.

In seiner Abhandlung bekämpft Dr. Lorenz auf Grund zahlreicher Befunde diese Anschauung, indem er 9 Fälle aus den Krankenjournalen der Albertschen Klinik zu Wien, von denen er 3 selbst beobachtet hatte, aufführt, bei welchen Darmwandbruch constatiert worden war.

[6]) Archiv für klin. Chirurgie 1887 XXI.

Aus 22 Sektionsprotokollen des Wiener Pathologischen Instituts konnte gleichfalls das Vorhandensein von Darmwandbrüchen nachgewiesen werden.

Über diese Arbeit des Dr. Lorenz berichtet Dr. Ledderhose[7]) aus Strassburg, wie folgt:

1. „Eigentliche Littre'sche" Hernie muss aus Wahrscheinlichkeitsgründen sehr selten sein; keine Veränderung des benachbarten Darmlumens; bei Einklemmung milde Erscheinungen; Fortbestehen der Kotpassage.

2. Darmwandbruch

a. des Dünndarms,

α. chronisch entstandene:

Verwachsung mit dem Bruchsack; Verengung des entsprechenden Darmabschnitts; Erweiterung des zuführenden, Verengung des abführenden Darmrohres; bei Einklemmung subakute Erscheinungen, wohl meist mit Unterbrechung der Kotpassage.

β. akut entstandene:

Keine Verwachsung; Einklemmungserscheinungen ausserordentlich stürmisch; Stuhlverhaltung; Darmstenose und centrale Dilatation; gleichzeitiges Entstehen von Bruchsack und Bruch als möglich zugegeben; Neigung zu Gangrän; Gefahr der Taxis; Herniotomie mit Eröffnung des Bruchsackes; nach Lösung der Einklemmung gleicht sich die Ausbuchtung des Darms aus.

b. des Dickdarms:

Das klinische Symptomenbild erinnert an dasjenige der Littre'schen Hernie. Bei akuter Einklemmung Fortbestehen der Kotpassage.

Die Darmwandbrüche scheinen am häufigsten am Schenkelring, am „Foramen obturatum", sowie bei Personen im höheren Lebensalter vorzukommen.

Verf. schliesst mit dem Bemerken, dass diese Arbeit wohl als ein entscheidender Beitrag zu der vielbesprochenen Frage der Darmwandbrüche aufzufassen sei.

Eine weitere längere Abhandlung über Darmwandbrüche ist von Dr. Treves[8]) veröffentlicht worden, von

[7]) Zeitschrift für Chir. Bd. 18.
[8]) Med. chir. transactions LII.

denen er einige Fälle, sowie die Präparate derselben beschreibt. Auch er unterscheidet zwischen Littre'scher Hernie und Darmwandbruch. Er schreibt: „Unter Littre'scher Hernie versteht man die Form von Brüchen, bei welchen sich ein Darmdivertikel im Bruchsacke vorfindet, während als Darmwandbruch nur diejenigen zu bezeichnen seien, bei denen nur ein seitliches Segment des Darmrohres den Bruchinhalt bilde, während der übrige Teil von der Incarceration nicht betroffen würde".

Über 13 im Kommunhospital in Kopenhagen zur Beobachtung gekommene Fälle von Parietalbrüchen berichtet K. Paulsen[9]). Von diesen waren 11 Cruralhernien, hauptsächlich auf der rechten Seite, 2 befanden sich am linken Foramen obturatum. Bei 7 Fällen hiervon war Gangrän vorhanden; 8 Patienten starben. Von 6 Fällen, welche als leicht bezeichnet werden konnten, starb ein Patient; es handelte sich hierbei um eine Hernia obturatoria. Von den übrigen 7 waren 3 Fälle so schwer, dass die betreffenden Patienten den operativen Eingriff nicht überlebten. Auch von den 4 mittelschweren Fällen, bei welchen es sich um gangränöse Hernien handelte, wurde kein Pat. am Leben erhalten.

Auch bei dem vorliegenden Falle konnte unzweifelhaft festgestellt werden, dass nur ein Darmwandsegment und zwar des Dünndarms sich im Bruchsacke befand und dass es sich somit um einen Darmwandbruch handelte.

Verwachsungen zwischen Darmwand und Bruchsack waren, wie bereits erwähnt, nicht vorhanden. Aus diesem Grunde hätte nach Berücksichtigung der vorher angeführten Symptome dieser Bruch akut entstanden sein müssen. Dem widerspricht aber die Anamnese der Krankengeschichte. Denn die bereits früher bei Pat. aufgetretenen Unterleibsschmerzen können nur so gedeutet werden, dass bereits im Oktober 1888 ein Bruch bestanden haben muss und dass die krampfartigen, heftigen Schmerzen durch leichte Einklemmungen oder Kotstauungen hervorgerufen worden waren, welche nach besagten Eingiessungen zurückgegangen waren. Insofern

---

[9]) Hospitalstidende 18. 1889.

entspricht dieser Befund bei einem chronisch entstandenen Darmwandbruch nicht den von Dr. Lorenz angeführten Beobachtungen eines solchen. Auch bestand hier, was als Ausnahme gilt, trotz Einklemmung die Kotpassage fort.

Eine Erweiterung des zuführenden und Verengung des abführenden Darmrohres war allerdings vorhanden.

Starke, H.[10]). Ein durch Herniotomie geheilter Fall von eingeklemmter Hernie des eirunden Lochs.

Berl. klin. Wochenschr. No. 36.

Starke untersuchte eine 34 Jahre alte Patientin, welche seit 4 Tagen intensive Brucheinklemmungserscheinungen darbot. Da beide Leistenkanäle, sowie die Schenkelkanäle leer gefunden wurden, achtete St. besonders auf die selteneren Bruchpforten und entdeckte nun, dass in der Gegend des linken For. obt. eine Anschwellung nachweisbar war. Druck auf diese Stelle war schmerzhaft, ebenso wie aktive und passive Bewegung des linken Beins. Auch bei der Untersuchung per vag. wurde ein nach dem linken For. obt. hinziehender Strang gefühlt. Die am nächsten Tage ausgeführte Operation ergab nach Durchtrennung der Haut, der Fascie und des Musc. pect. eine vom Bruchsack umhüllte Bruchgeschwulst, und als nun mittelst des Fingers das For. obt. erweitert wurde, trat die gesamte Geschwulst incl. Bruchsack in die Beckenhöhle zurück. Die Einklemmungserscheinungen hörten auf und der Verlauf war ein günstiger.

Johnston David, Report of a case of obturator hernia, where on operation was unsucressfully performed.

Edinb. med. Journ. Oct. 1880.

Eine 58jährige, unverheiratete Person erkrankte unter leichten Einklemmungserscheinungen. Die genaue Untersuchung der Bruchpforten ergab Leisten- und Schenkelgegend frei, dagegen zeigt sich in der rechten Regio obt. eine flache gespannte Anschwellung. In der Annahme einer Hernie wurde zur Operation geschritten, die Haut mit einem Kreuzschnitt über der Geschwulst

[10]) Virchow-Hirsch 1880.

durchtrennt und der Rand des Musc. pect. in die Höhe gehoben, wodurch die Bruchgeschwulst zugänglich wurde. Ohne Eröffnung des Sackes wurde der scharfe Rand der Bruchpforte eingeschnitten, worauf die Geschwulst zusammenfiel. Pat. starb 11 Tage nach der Operation ohne eigentliche Einklemmungserscheinungen, jedoch ohne dass es möglich gewesen wäre, Stuhlgang zu erzielen. Die Sektion ergab eine kleine Darmschlinge von mattgrauer Farbe und weicher Consistenz, angelötet an die äussere Fläche des Foramen obt. Der genaue Mechanismus, durch welchen die Schlinge eingeklemmt war, liess sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Schmidt, M.[11]), Hamburg. Über einen glücklich operierten Fall von Hernia obturatoria incarcerata.

Eine 77jährige Frau erkrankte mit mässig heftigen Einklemmungserscheinungen, ohne dass die gewöhnlichen Bruchpforten etwas Abnormes zeigten. Als am 3. Tage die Einklemmungserscheinungen deutlich hervortraten, diagnosticierte Verf. eine eingeklemmte Hern. obt., für welche neuralgisch ausstrahlende Schmerzen im Bereiche der Adductoren, sowie eine entschiedene Druckempfindlichkeit jener Stelle, von welcher die Schmerzen ihren Ursprung nahmen, der Gegend unterhalb des Lig. Pouparti zwischen Schenkelgefässen und Schambeinsymphyse, sprachen. An dieser Stelle wurde in longitudinaler Richtung stumpf zwischen Musc. pect. und Musc. add. long. vorgedrungen. Nun zeigte sich in der Tiefe ein kleiner Bruchsack, welcher nach Durchtrennung der inneren Fasern des Pect. frei zu Tage lag. Nach Eröffnung des Bruchsackes fand sich kein Bruchwasser, viel Fett und eine ganz kleine, braunrote Darmschlinge, deren Reposition erst nach zweimaliger Incision des einschnürenden Rings gelang. Nach Unterbindung und Abtragung des Bruchsackes und Drainage der Wundhöhle wurde die Haut vernäht und ein antiseptischer Verband angelegt. Die Einklemmungserscheinungen liessen sofort nach, die Wunde begann zu eitern und heilte erst nach einigen Wochen.

[11]) Virchow-Hirsch 1882.

Grünberg[12]). Ein Fall von Hern. for. oval. incarc. Dtsch. Zeitschr. Bd. 17, S. 177.

Eine 65jährige Arbeiterfrau, die schon in früheren Jahren an heftigen Kolikanfällen gelitten hatte, erkrankte plötzlich mit akuten Einklemmungserscheinungen, zu welchen sich sehr bald ein heftiger Krampf des linken Oberschenkels gesellte. Die Untersuchung ergab die gewöhnlichen Bruchpforten frei, dagegen bestand auf der linken Seite bei Druck auf den Musc. pect. ein heftiger Schmerz, ohne dass jedoch an dieser Stelle eine Geschwulst in der Tiefe fühlbar war. Es wurde daher eine eingeklemmte Hern. obt. diagnosticiert und am 3. Tage nach der Einklemmung zur Operation geschritten. Ein senkrechter Schnitt stieg vom Ram. horiz. 3 cm nach aussen vom Ansatz des Musc. add. mag. senkrecht nach abwärts und durchtrennte schichtweise die Gewebslagen, bis der Musc. pect. frei lag. Als nun der innere Rand des Muskels mit einem Haken zur Seite gezogen wurde, trat eine glänzende, dunkelblau gefärbte, kuglige Geschwulst von der Grösse einer starken Haselnuss hervor. Nach Eröffnung des Bruchsackes trat kein Bruchwasser aus, die kleine Darmkuppe lag jetzt frei und glitt, nachdem mit der Fingerspitze der einklammernde Ring durch Zerreissung einiger Fasern genügend gedehnt war, leicht zurück. Die Einklemmungserscheinungen hörten sofort auf und es erfolgte Stuhlgang. Die Heilung erschien bereits gesichert, als am 20. Tage nach der Operation unter den Erscheinungen des akuten Collapses und heftigen Unterleibsbeschwerden plötzlich der Tod erfolgte. Die Sektion ergab eine kleine Perforationsstelle im unteren Teile des Ileum, sowie alte Adhäsionen, welche von einer früheren Einklemmung im For. oval. herzurühren schienen.

Verf. hebt hervor, dass die Diagnose des eingeklemmten Bruches wesentlich gestützt wurde einerseits durch das zuerst von Romberg angegebene „Nervenphänomen“, bestehend in ausstrahlenden Schmerzen im Bereich des N. ob., andererseits aber ganz besonders

[12]) Virchow-Hirsch 1882.

durch die scharf lokalisierte Druckempfindlichkeit an der unter dem Musc. pect. gelegenen Druckpforte.

Polchen[13]). Ein Fall von H. for. ov. inc.

Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 18 S. 203.

Im Jahre 1880 wurde eine 45jährige Frau, welche schon seit 10 Tagen an schweren Einklemmungserscheinungen litt, in das Charité-Krankenhaus in Berlin aufgenommen. Pat. klagte über Schmerzen in der linken Leistengegend, die bis in das Knie durchschossen. Die gewöhnlichen Bruchpforten waren frei. Die genaue Palpation des Trigonum subinguinale ergab weder Schmerz noch Anschwellung, der Uterus war prolabiert, vom Mastdarm aus fühlte man einen diesen zusammenschnürenden Strang. Die Behandlung bestand in Reposition und Retention des Uterus und Darmeingiessungen. Durch die letzteren wurde neben flüssigen Kotmassen ein taubeneigrosser Kotstein entleert und Pat. glaubte sich wohler zu fühlen. Bald jedoch verschlimmerte sich der Zustand wieder, es traten Erscheinungen der akuten Peritonitis ein und führten schnell zum Tode. Die Sektion ergab Her. obt. inc. gangr. und die gänzliche Abwesenheit peritonitischer Adhäsionen. Die Zusammenschnürung des Mastdarms war veranlasst durch die stark ausgedehnten Darmteile oberhalb des eingeklemmten Bruches. Auf Grund dieses Falles bestreitet Verf., dass die stark lokalisierte Druckempfindlichkeit in der von Grünberg angegebenen Weise als ein constantes Symptom der eingeklemmten Hernie zu betrachten sei.

Hasselwander[14]). Ein Fall von Hernia obt. inc. Operation, Heilung.

Bair. ärztl. Intell.-Blatt No. 12.

Eine 65jährige magere Frau erkrankte unter heftigen Einklemmungserscheinungen mit kriebelnden Schmerzen im linken Oberschenkel bis zum Knie herab, so wie Taubheit in der ganzen Extremität. Die Untersuchung ergab in der linken Schenkelbeuge eine Geschwulst, welche als Schenkelhernie aufgefasst wurde und nach einigen Repositionsversuchen verschwand. Die Ein-

[13]) Virchow-Hirsch 1882.
[14]) Virchow-Hirsch 1883.

klemmung dauerte jedoch fort und am nächsten Tage ergab eine erneute Untersuchung in der Gegend des linken For. ovale eine schmerzhafte Härte. Es wurde nun in der Chloroformnarkose auf dem äusseren Rand des Musc. ad. long. ein Hautschnitt gemacht; die Fasern des freigelegten Musc. pect. stumpf auseinander gedrängt, worauf in der Tiefe eine ovale blaurote, stark gespannte etwas fluctuierende, etwa taubeneigrosse Geschwulst erscheint, die sich mit dem Finger von dem umgebenden Gewebe isolieren lässt. Mit stumpfen Instrumenten wird der Bruchsack zerrissen, Bruchwasser war nicht vorhanden und der blauschwarze, stark gespannte Darm lag nun frei. Der scharfe einklemmende Ring musste an mehreren Stellen mit dem Knopfmesser eingeschnitten werden, worauf der Darm langsam zurückging. Die Wunde wurde von innen, venöser Blutung wegen, antiseptisch austamponiert und heilte durch Eiterung in etwa 6 Wochen. Die Einklemmungserscheinungen liessen sofort nach und es trat vollkommene Gesundheit ein. Der Schmerz im Bein liess nach der Operation sofort nach, Taubheit und Bewegungsschwäche bestanden noch längere Zeit, bildeten sich jedoch allmälig völlig zurück.

Richmond[15]). An account of an obturator hernia. Journ. of anat. and physiol. July 82.

Richmond fand zufällig bei der Sektion der Leiche einer Frau eine incomplete bis zum äusseren Leistenring reichende Hernie und eine doppeltseitige Hernia for. ovalis, von denen die rechtsseitige stärker ausgebildet war. In derselben lag eine kleine, nicht eingeklemmte Dünndarmschlinge. Die rechte Arteria obt. entsprang von der Femoralis, dicht unterhalb des Lig. Poup. und trat von dort hinter den horizontalen Schambeinast zum For. obt., durch welches sie hinter der Hernia hindurch trat.

Stoll[16]). Hernia obt. inc. Herniotomie, Heilung. Würtemb. med. Correspond.-Bl. No. 13.

---

[15]) Virchow-Hirsch 1883.
[16]) Virchow-Hirsch 1883.

Eine 69jährige Frau, die in früheren Jahren an einem Leistenbruch gelitten hatte, der jedoch unter dem Bruchband ausgeheilt war, hatte in den letzten Jahren eine Hernia obtur. acquiriert, welche bereits 14 Einklemmungen verursacht hatte, die jedoch sämtlich durch Reposition gelöst wurden. Bei jeder Einklemmung trat ein heftiger Schmerz im Bereich des Nervus obt. ein. Die letzte Einklemmung erforderte die Operation, bei welcher nach Trennung der äusseren Bedeckungen und Auseinanderziehung der Muskelfasern des Pect. und Ad. brevis der Bruchsack eröffnet wurde, wobei etwas rötliches Bruchwasser ausfloss. Bei Umtastung der jetzt freiliegenden Darmschlinge ging dieselbe plötzlich zurück. Die Einklemmungserscheinungen verschwanden und die Wunde heilte unter dem antiseptischen Verbande.

A. F. Rasmussen[17]). Two Tilfälde af Hernia foraminis ovalis fra Sektions fundet. Hospitals Tidende, p. 402 og 409.

1. Eine 81jährige Frau wurde mit Ileussymptomen ins Hospital aufgenommen, eine Hernia cr. d. und eine H. ing. sin. wurde reponiert. Die Incarcerationserscheinungen dauerten fort; sie starb am 3. Tage. Bei der Sektion ausser Peritonitis incipiens eine parietale incarcerierte Hern. obt. sin., an der Spitze ihres Bruchsackes sass eine kleine Fettmasse. Arteria obt. vor der obersten Partie des Sackes. Ausserdem eine Hern. obt. dextr., kleiner und nicht incarceriert.

2. Eine 75jährige Frau, welche vergebens mit grossen Clysmata, Morphin, Faradisation des Abdomen, Abführungsmitteln und Darmpunktur wegen Ileus behandelt war, starb am 8. Tage. Bei der Sektion ausser Peritonitis incipiens eine Hernia parietatis ilei obt. dextra; die incarcerierte Partie war 2 cm lang. Gefässe und Nerven hinter und an der lateralen Seite des Sackes. Bei der Expl. recti an der lebenden Pat. wurde diese Hernie nicht gefühlt.

Einige von den Gedärmen waren bei der Sektion mit fäkulenter Flüssigkeit bedeckt.

---

[17]) Virchow-Hirsch 1884.

N. Gram[18]). Et Tilfälde af Hernia obturatoria. Hospitals Tidende, p. 917.

Hernia for. ov. dextr. mit leichten Incarcerationssymptomen, welche bei Anwendung eines Clysmas und warmer Umschläge wichen. 28jährige Frau, die 2mal geboren und 2mal abortiert hatte; nicht besonders mager.

Godlee Rickman John[19]). On a case of obturator hernia. The Lancet. April 11.

45jährige Frau. Seit 5 Tagen keinen Stuhl. Im linken Scarpaschen Dreieck war eine kleine Resistenz zu fühlen. Die Diagnose schwebte zwischen innerer Einklemmung und Einklemmung einer Hernia obturatoria. Man entschied sich zur Laparotomie. Von innen entdeckte man die Hernia obturatoria. Die eingeklemmte Schlinge liess sich aber nicht hervorziehen. Man musste die Bruchpforte mit dem Messer erweitern, was in der Tiefe auszuführen sehr mühsam war. Tod an Collaps am folgenden Tage.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Geheimen Medicinal-Rat Professor Dr. v. Bergmann für gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. de Ruyter für seine freundliche Unterstützung und die Durchsicht meiner Arbeit an dieser Stelle öffentlich meinen besten Dank auszusprechen.

---

[18]) Virchow-Hirsch 1884.
[19]) Virchow-Hirsch 1884.

Thesen.

I.

Bei der Behandlung der Syphilis sind alle unlöslichen Quecksilberpräparate als Injektionsmittel zu verwerfen.

II.

Nur bei einer jeder anderen Behandlung trotzenden Retroflexio uteri fixati ist Laparotomie mit Ventrofixation anzuwenden.

III.

Für die Behandlung von Oberschenkelfrakturen bei Kindern ist die Gewichtstraktion das beste Mittel.

Lebenslauf.

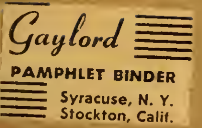
Verfasser, Max Pichert, geboren am 4. Dezember 1862 zu Kulmsee in West-Preussen, evangelischer Confession, Sohn des Maurermeisters Albert Pichert zu Kulmsee, besuchte das Königl. Real-Gymnasium zu Thorn, welches er Ostern 1883 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um sich auf der Universität zu Berlin dem Studium der Naturwissenschaften zu widmen. Ostern 1885 erwarb er sich an dem Königl. Gymnasium zu Thorn das Zeugnis der Reife, um in Berlin Medizin zu studieren. Ostern 1886 ging er nach Greifswald. Er bestand daselbst am 9. August 1887 die ärztliche Vorprüfung; vom 1. Oktober 1887 bis 1. April 1888 genügte er seiner Dienstpflicht beim 5. Pommerschen Infanterie-Regiment Nr. 42 (Ernst Moritz von Anhalt-Dessau). Ostern 1888 bezog er wieder die Universität Berlin, bestand dort am 1. März 1889 das Tentamen medicum, am 8. März das Examen rigoroum.

Er besuchte während seiner Studienzeit die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

In Greifswald: Budge, Eichstedt, Grawitz, Helferich, Landois, Oberbeck, Peiper, Pernice, Solger, Sommer.

In Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Cramer, Eichler, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, Koch, Küster, Leyden, Liebreich, Olshausen, Rammelsberg, Schweigger, R. Virchow, Waldeyer, Winter, Zeller.

Allen diesen Herren, seinen hochverdienten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.


Gaylord
PAMPHLET BINDER
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.